

# DEMANDE DE RÈGLEMENT D'HONORAIRES « SUIVI POST-PROFESSIONNEL »



Référence : Article D 461-5, D 461-23, D 461-25 du Code de la sécurité sociale.

## L'assuré(e) recevant les soins

*(personne ayant exercé des fonctions sur des navires comportant des équipements contenant de l'amiante durant son activité professionnelle)*

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal :      Ville : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

## Le praticien ayant effectué l'(les) acte(s)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Identifiant :

Raison sociale de la structure : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal :      Ville : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

Numéro de la structure (AM, FINESS, ou SIRECT) :

## Acte(s) effectué(s)

Date des actes	Code des actes	Montant des honoraires	Signature attestant la prestation de l'acte
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> €	
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> €	
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> €	
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> €	
MONTANT TOTAL :		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> €	

## Demande de règlement des honoraires

Virement à un compte bancaire ou de caisse d'épargne  
*(Lors de la première demande de remboursement ou en cas de changement de compte, joindre un relevé d'identité bancaire ou de caisse d'épargne.)*

Autre mode de paiement : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le   /   /

Signature :

# DEMANDE DE RÈGLEMENT D'HONORAIRES « SUIVI POST-PROFESSIONNEL »



## NOTICE

Les organismes d'assurance maladie sont tenus de prendre en charge les frais de surveillance post-professionnelle des personnes qui, au cours de leur activité salariée, ont exercé des fonctions sur des navires comportant des équipements contenant de l'amiante (art.65 du décret du 17 juin 1938 modifié).

Cette prise en charge est assurée sans avance de frais de la part du patient et à 100 % du tarif conventionnel (secteur 1).

Un protocole de suivi délivré par l'Enim doit être remis au médecin par le patient avec cet imprimé. Il mentionne :

- la nature des fonctions exercées,
- la nature des actes pouvant être pris en charge dans le cadre des dispositions réglementaires,
- la périodicité des examens de surveillance.

Il appartient au médecin de remplir le présent imprimé destiné au règlement des actes effectués et de l'adresser à l'Enim :

### ENIM

#### Département des politiques sociales maritimes de santé (DPS)

Quai Solidor – BP 125  
35 407 Saint-Malo Cedex  
France

[cpm1.sdpo@enim.eu](mailto:cpm1.sdpo@enim.eu)

Si le protocole prévoit la réalisation d'examens complémentaires qui ne peuvent être effectués par le médecin consulté, celui-ci devra délivrer les prescriptions correspondantes au patient lors d'une première consultation, prendre ensuite connaissance de l'ensemble des résultats et en informer le patient.

N.B. : Les praticiens et les directeurs de laboratoires qui seront amenés à effectuer les examens complémentaires factureront leurs actes sur un imprimé identique à celui-ci (le patient en reçoit autant que nécessaire). Ils le complètent et l'adressent également à l'Enim.